

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1928-1929. — N° 1.

DE LA MÉTHODE DE M. OUDARD
DANS LE TRAITEMENT
DE LA LUXATION RÉCIDIVANTE
DE L'ÉPAULE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre AYMÈS

Né, le 7 janvier 1905, à Cahors (Lot),

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie de l'Université de Lyon.

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Octobre 1929

DE LA MÉTHODE DE M. OUDARD
DANS LE TRAITEMENT
DE LA LUXATION RÉCIDIVANTE
DE L'ÉPAULE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. L. HUGOUNENQ.	DOYEN HONORAIRES.
J. LEPINE	DOYEN.
ROLLET.	ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. PIC
Cliniques chirurgicales		PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements.		TIXIER
Clinique ophtalmologique		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.		ROLLET
Clinique des maladies des enfants.		NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.		LÉPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.		MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.		VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.		COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.		ROCHET.
Chimie biologique et médicale.		NOVÉ-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.		CLUZET
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		MOREL
Anatomie		BRETIN
Histologie		GUIART
Physiologie		LATARJET
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales.		DOYON
Anatomie pathologique		FROMENT
Chirurgie opératoire		CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.		FAVRE
Médecine légale		PATEL
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique		ETIENNE MARTIN
Pharmacie.		COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie		SAVY
		LEULIER
		PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,
— — Chimie minérale.	BARRAL,
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance.	RHENTER
Chirurgie expérimentale.	TAVERNIER
Applications du radium.	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	DEVIC	BERNHEIM
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE	DECHAUME
RHENTER	NOEL	MANCEAU	POLLOSSON

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, *Président*; TAVERNIER, *Assesseur*;
MM. SANTY, et CHALIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1928-1929. — N° 1.

DE LA MÉTHODE DE M. OUDARD
DANS LE TRAITEMENT
DE LA LUXATION RÉCIDIVANTE
DE L'ÉPAULE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre AYMÈS

Né, le 7 janvier 1905, à Cahors (Lot),

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie de l'Université de Lyon.

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Octobre 1929



A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MA MARRAINE, A MA SŒUR

Faible témoignage de ma profonde
affection. Je leur dois tout.

A MADAME P. CUBAYNES

A M. LE DOCTEUR J. ROUGIER

ET SA FAMILLE

A MADAME ET MONSIEUR CLÉMENT THÉRON

Puissent-ils trouver dans ces lignes
le témoignage de ma vive affection et
de mon infinie reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Il a été notre maître, il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions de croire à notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER

Il nous a inspiré le sujet de ce travail que nous avons accompli, selon ses conseils. Nous le prions de croire à notre respectueux attachement et à notre profonde reconnaissance.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL INSPECTEUR
LANNE

A mes Maîtres de l'Ecole du Service de Santé militaire.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Lyon.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA MÉTHODE DE M. OUDARD
DANS LE TRAITEMENT
DE LA LUXATION RÉCIDIVANTE
DE L'ÉPAULE

INTRODUCTION

Ce travail, qui nous a été confié par M. le professeur agrégé TAVERNIER, doit être considéré comme le développement d'un point particulier du rapport que ce chirurgien a présenté à la Société française d'Orthopédie à la date du 11 octobre 1929.

Dans les quelques lignes de la dédicace de cette thèse, nous ne pouvions pas ne pas exprimer à M. le professeur TAVERNIER toute notre reconnaissance. Au cours de l'année scolaire 1928-1929, il nous a fait l'honneur de nous confier certains travaux, aujourd'hui, il veut bien accepter d'être le parrain de notre travail, il nous a toujours réservé le plus bienveillant accueil, qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Nous prions M. le professeur BÉRARD d'accepter nos sincères remerciements, pour la confiance qu'il nous a témoignée, en nous autorisant à publier une de ses observations.

Que M. OUDARD veuille bien accepter l'hommage de notre admiration et l'expression de notre gratitude de nous avoir confié son propre dossier.

Nous avons voulu montrer, dans les pages qui suivent, qu'à l'heure actuelle nous avons, par la méthode d'OUDARD, un traitement chirurgical efficace à opposer à la luxation récidivante de l'épaule.

Nous ne pouvions traiter plus longuement les questions relatives à la pathogénie et aux divers procédés opératoires qui ont été proposés. Nous conseillons au lecteur de se reporter aux travaux d'ALIBERT et de M. le professeur TAVERNIER.

La luxation récidivante de l'épaule est souvent une infirmité sérieuse ; ce n'est pas une affection exceptionnelle et les chirurgiens seront d'autant plus appelés à la rencontrer que se développera en France la pratique des exercices physiques.

Puisse notre modeste travail servir à la diffusion d'une découverte française encore très mal connue à l'étranger.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Grâce à de nombreuses et patientes recherches, les questions relatives à la luxation récidivante de l'épaule et à son traitement ont été, à peu près, mises au point ces dernières années.

Au cours des âges, peu d'auteurs ont abordé l'étude de cette curieuse affection. Hippocrate la signale (*De Artic. ex-vers*, Vanderlinden, n° 1), puis, c'est seulement dans le courant du xix^e siècle que l'on retrouve quelques exemples dans la littérature.

En 1814, Boyer et Fizeau (*Traité sur les maladies chirurgicales et les opérations qui leur conviennent*) signalent une luxation qui se reproduisait avec facilité et ils ajoutent : « N'est-il pas probable que les surfaces articulaires présentent quelque disposition contre nature qui favorise les déplacements de la tête. »

Dans ses cliniques, Dupuytren signale le cas d'un malade qui avait eu plus de cent luxations.

A l'étranger, la plupart des chirurgiens ont proposé des méthodes opératoires.

Les Américains ont essayé des capsulorrhaphies

(Th. Turner), des myoplasties (Clairmont et Erlich), des butées (Kellog Speed).

Les Allemands préféraient les ténosuspensions, suivant les techniques imitées de celles de Joseph (Löffler, Henderson, Schneiden, etc.).

C'est seulement en France que, par l'étude anatomopathologique précise, les chirurgiens sont arrivés à des résultats positifs.

Recherches ostéologiques de Grégoire, découvertes radiographiques de Bazy (1918), travaux de Rouvière, Tavernier, Mauclaire.

Enfin, c'est à M. Oudard que revient l'honneur d'avoir trouvé, dès 1920, une technique opératoire vraiment efficace de cette affection.

Notre travail a pour titre : *le Traitement de la luxation récidivante de l'épaule, par la méthode d'Oudard*. Mais nous ne pouvons proposer et juger une thérapeutique sans indiquer sommairement les caractères de l'affection à laquelle elle s'adresse. C'est pour cette raison que nous donnerons un aperçu étiologique et pathogénique rapides. De même nous donnerons brièvement les divers traitements qui ont été proposés, afin de montrer l'échec de ceux qui se croyaient pathogéniques. Nous justifierons ainsi, dans une large mesure, l'intervention palliative qui a donné les meilleurs résultats : celle de M. Oudard.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

L'étude étiologique de la luxation récidivante de l'épaule est à peu près complète à l'heure actuelle. Sans toutefois donner d'une façon précise, l'influence des facteurs qui sont à la base de cette maladie, et le rôle de chacun d'eux; on doit retenir les particularités suivantes :

1^o L'âge. — L'âge d'élection est de vingt à trente ans, Alibert précise, 90 pour cent des cas se sont montrés avant trente ans.

Peut-on expliquer cette notion ? Oui, dans une certaine mesure. C'est à vingt ans que commence l'activité professionnelle d'un individu. Avant cet âge, l'enfant et l'adolescent ne sont peut-être pas soumis à des traumatismes assez violents, mais surtout chez l'enfant, les points fragiles du membre supérieur sont avant tout : le coude, la clavicule, l'extrémité supérieure de l'humérus qui cèdent avant que les ligaments scapulo-huméraux aient atteint leur limite de résistance.

2^o Le sexe. — Alors que la luxation traumatique ordinaire est huit fois moins fréquente chez la femme que chez l'homme; la luxation récidivante l'est à peine quatre à cinq fois moins. Il y a donc un autre facteur qui, outre le traumatisme, entre en jeu et celà à peu près également dans les deux sexes.

3^o L'épilepsie. — La fréquence de cette maladie est notée dans toutes les statistiques, à tel point que certains auteurs divisent leurs résultats en deux catégories : chez les épileptiques et chez les non-épileptiques : les seconds étant bien meilleurs.

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer le rôle de l'épilepsie : Bazy, relevant les déformations de la tête, les compare aux troubles trophiques rencontrés chez les crétins, et se demande si un facteur glandulaire ne serait pas à la base de l'épilepsie et des malformations osseuses. Il est probable que c'est là, seulement, une idée; et que l'exposition fréquente aux traumatismes est chez les épileptiques la raison principale de leurs récidives.

4^o Le sport. — Ce facteur étiologique a été surtout étudié par les Anglo-Saxons. On note, chez la plupart des opérés, une musculature puissante (athlètes), ce qui montre que les muscles n'ont aucune part dans l'étiologie de l'affection. Pour les sportifs encore, leurs exercices sont la source de traumatismes violents et répétés (foot-ball) qui sont la cause de la reproduction des luxations.

5^o Le traumatisme initial. — Suivant les concepts pathogéniques des auteurs, l'importance de traumatisme a été diversement appréciée. Alibert, dans une statistique adroitement disposée, mais un peu tendancieuse, relève surtout les cas où ce traumatisme initial a été minime, afin d'accroître l'importance du rôle des malformations osseuses. Certes, il y a des cas où, à l'origine, on retrouve seulement un traumatisme banal, insignifiant; mais un accident réel est le plus souvent nécessaire pour produire la première luxation.

6^o L'immobilisation insuffisante à la suite de la première luxation, a été invoquée par les Anglo-Saxons qui considèrent qu'une mobilisation trop précoce empêche la cicatrisation et entraîne la distension capsulaire, qui permet les récidives. Mais les Allemands ont cherché jusqu'à quel point cette opinion été fondée et Marbaix, en particulier, a pu réunir 157 cas de luxation traités par mobilisation immédiate, sans une seule récidive.

Nous voyons par ce court exposé que l'étiologie vraie, précise, nous est inconnue. Il est probable que, dans bien des cas, les divers facteurs se superposent, et il est difficile de faire le départ entre chacun d'eux.

Peut-être l'anatomie pathologique nous donnera-t-elle plus de renseignements ?

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Jusqu'en 1913, on estimait, d'une façon générale, que congénitalement l'articulation scapulo-humérale était normale et que les lésions constatées étaient dues aux mouvements anormaux de la tête.

A cette époque, Grégoire, reprenant les expériences de Broca et Hartmann, et étudiant l'ostéohistologie des malformations osseuses, renverse les données du problème et se demande si les lésions constatées n'étaient point, non la conséquence, mais la cause même des luxations.

Comme le dit M. le professeur Tavernier, dans son rapport au XI^e Congrès d'Orthopédie de Paris, 11 octobre 1929, les constatations anatomo-pathologiques sont données par trois sources différentes :

Les autopsies, très rares, le Musée Dupuytren ne renferme aucun cas de luxation récidivante de l'épaule ; les constatations opératoires, qui sont incomplètes, sauf celles qui suivent les résections de la tête ; enfin les examens radiographiques. Ces derniers doivent être faits dans la position de rota-

tion externe de la tête qui, seule, fournit le profil vrai de l'extrémité humérale supérieure.

1^o Lésions musculaires. — La constatation de ces lésions remonte aux recherches nécropsiques de Joessel. Il s'agit surtout de l'arrachement des insertions des muscles sous-épineux et sus-épineux, au niveau de la grosse tubérosité. Perthes essaya d'en expliquer le mécanisme par un schéma, Clairmont et Erlich, afin d'éviter les récives, proposèrent des plasties musculaires.

En réalité, sur les neuf cas de Joessel, cinq étaient sans histoire clinique, dans les cas de luxation récidivante qu'il a opérés (60), Th. Turner n'a jamais relevé cette lésion ; enfin, comme le fait remarquer Auvret, dans sa thèse (Paris, 1907), les lésions intra-articulaires entraîneraient plutôt de la rétraction fibreuse et de la raideur qui s'opposeraient à la récive.

2^o Distension capsulaire. — Joessel la découvre dans ses 9 cas, Heilmann la note 37 fois sur 47 cas, Kolsoff, 47 fois sur 50, Ricard parle d'une capsule sacciforme, Th. Turner décrit le siège de la dilatation capsulaire ; en somme, presque tous les auteurs parlent de cette lésion.

Pourtant, Quénu, intervenant pour une capsulorraphie, trouve une capsule si tendue qu'il lui est impossible de la plisser. M. Tavernier, dans les 4 cas qu'il a opérés, ne trouve pas anormale la laxité capsulaire.

Il ne faut pas oublier que, normalement, la capsule de l'articulation scapulo-humérale est lâche. Pourtant M. Oudard, dans sa technique, consacre un temps spécial au raccourcissement de la capsule et du muscle sous-capsulaire ; d'autres auteurs, M. le professeur Tavernier, en particulier, estiment superflu ce point particulier de l'intervention.

3° Le manque de fixation de la capsule au rebord glénoïdien antérieur a été signalé à plusieurs reprises. — Heilmann en note 10 cas sur 47 cas, Kolsoff, 5 cas sur 50. Dans les quatre cas qu'il a opérés, M. le professeur Tavernier a trouvé : « une cavité située sous le sous-scapulaire, au devant du col de l'omoplate, formant une sorte de diverticule de la synoviale où pouvaient se loger les deux dernières phalanges de deux doigts. L'orifice d'ailleurs peut être variable, quant à sa situation, par rapport au bourrelet glénoïdien ; il peut se trouver au devant d'un bourrelet intact, ou, d'autres fois, le bourrelet est plus ou moins intéressé, de préférence à sa partie inférieure. »

4° Le décollement capsulo-périostique. a été décrit par Broca et Hartmann, en 1890. — Ici, la cavité n'est plus sous-musculaire, mais sous-périostée, et se trouve sur la face antérieure du col de l'omoplate dénudé.

Cette cavité sous-périostée est beaucoup moins fréquente que la précédente. Mais, sous-musculaire ou non, cette brèche articulaire a une importance

étiologique considérable au point de vue de la reproduction des récidives. En effet, quel ait été le traumatisme initial, quelles que soient les malformations de la tête, il faut que cette dernière, comme le disait Broca : « trouve une cavité où se loger, quand elle se reluxe ».

5^o Lésions de la glène et corps étrangers articulaires ne sont mentionnés que d'une façon exceptionnelle. — Les lésions de la glène paraissent conditionner les luxations postérieures excessivement rares (sauf dans un cas publié par Lafargue et Dijonneau, où ces auteurs ont trouvé à la radiographie une cavité glénoïde qui paraissait à double fond, dans un cas de luxation antéro-interne extra-coracoïdienne.

Les corps étrangers articulaires rares, le plus souvent sans histoire clinique, doivent être considérés seulement comme un épiphénomène sans importance dans l'étude de la luxation récidivante de l'épaule, qui est dans l'immense majorité des cas de la variété antéro-interne.

6^o Lésions de la tête humérale. — Deux sortes de lésions ont été constatées :

a) *L'encoche.* — C'est une lésion difficile à percevoir, pourtant de nombreux auteurs l'ont signalée : Lœbker (1887), Cramer, Vogt, Popke, Broca, Dujarrier (1898), Picqué (1904), Chaput, Perthes, De Fourmestreaux.

Pour la plupart d'entre eux, elle était la conséquence de la luxation, et elle se produisait par usure, pour Riedinger, ou par écrasement, d'après Thomas Turner. Cette encoche, située à la partie postérieure de la tête humérale, se présente comme si on avait enlevé à cet endroit un morceau d'os en forme de quartier d'orange.

Grégoire, étudiant de plus près la forme de cette encoche, ses parois, sa constitution osseuse, trouve que les faces sont lisses, que le tissu osseux sous-cortical ne diffère en rien de celui des zones voisines, de sorte qu'il ne peut s'agir ni d'usure, ni d'écrasement. De plus, la situation de cette encoche correspondant à la ligne de suture des noyaux tubérositaires et céphaliques, la présence d'encoche sur des épaules qui n'ont jamais été luxées, tous ces faits montrent qu'il s'agit vraisemblablement d'un vice de développement. Pour Grégoire, le mécanisme est le suivant : « l'encoche préexiste à la luxation ; en position d'abduction et de rotation externe, l'encoche s'engrène avec le bord antérieur de la glène et si le membre reprend sa position normale, la tête, au lieu de réintégrer la cavité glénoïde, distend la capsule à sa partie antérieure ou reste bloquée, en position de luxation ou de subluxation.

b) *Déformation de la tête en hachette.* — C'est la découverte de Bazy (1918), qui la note dans 9 cas, qu'il a l'occasion d'observer, et la retrouve fréquemment dans des documents radiographiques publiés auparavant.

En 1920, Bazy inspire la thèse remarquable d'Alibert, et donne les éléments qui constituent la déformation : « fermeture des angles de déclinaison et d'inclinaison de l'humérus, l'aplatissement des surfaces articulaires et surtout l'allongement du col de l'humérus, qui, au lieu de faire tourner en rond, la tête dans la cavité glénoïde, la fait tourner à la manière d'une came, excentriquement ; de sorte que, à chaque mouvement forcé, la tête vient distendre, en avant ou en arrière, la capsule articulaire.

Quant à l'étiologie de cette malformation osseuse, les hypothèses les plus variées ont été émises. Alibert, la rattache — un peu trop — à une manifestation du rachitisme tardif, et la rapproche de la coxavara de la hanche. D'autre part, il semble bien qu'il ne s'agit pas d'une luxation congénitale. En fait, on se trouve en présence d'un trouble dans l'ossification de l'extrémité supérieure de l'humérus, qui ne donne des signes cliniques qu'entre la vingtième et la trentième année, alors que l'ossification humérale est achevée. Qu'elle est la cause de ce vice de développement ? Elle est sans doute congénitale, mais, sa nature trophique, infectieuse, circulatoire ou glandulaire, nous est encore inconnue.

CHAPITRE IV

DES DIVERS TRAITEMENTS QUI ONT ÉTÉ PROPOSÉS

Chacune des conceptions pathogéniques a conduit les auteurs à imaginer des interventions qu'ils croyaient rationnelles et efficaces. Th. Turner écrivait dans un de ses articles : « Il y a eu autant de méthodes que de chirurgiens, » ce qui prouvait bien qu'aucune d'elles n'était réellement capable d'empêcher la reproduction des récidives.

1^o Capsulorraphies. — C'est l'intervention qui a été le plus souvent utilisée, et elle est restée longtemps classique. Elle doit sa vogue à Ricard, mais avant cet auteur, elle avait été pratiquée en Allemagne par Gerster (1883).

Son but est de rétrécir une capsule que l'on suppose dilatée. Plissement vertical, horizontal, en bourse, crucial, capitonnage avec le sous-scapulaire, suture après résection, tous ont eu des adeptes. Th. Turner traite la poche capsulaire comme un sac herniaire par la résection et cherche, avant tout, la limitation des mouvements.

Quels sont les résultats ?

Sur 13 opérés de Bier, 7 récidives ; sur 13 opérés de Payr, 2 récidives ; sur 30 cas suisses, Forster trouve 24 récidives ; Henderson, sur 19 opérés, 8 succès seulement. L'opération de Turner donne des résultats meilleurs, 66 pour cent de succès, mais les épileptiques qui ont eu des récidives ont dû être traités ensuite par la résection. Au total, la capsulorraphie se montre infidèle, la méthode de Th. Turner, plus efficace, est particulièrement délicate et la menace de blesser le circonflexe fait craindre une infirmité grave et définitive.

On a ensuite essayé de renforcer la capsule par des procédés multiples.

Wendorff essaya les tendons périarticulaires (court-biceps), Popke raccourcissait le sous-scapulaire, Sélig, le sous-épineux. Perthes renforce la capsule avec des gros fils de soie ; Weistmann emploie le *fascia-lata* ; Kirchsner pratique plutôt une ténosuspension de la tête à l'acromion, grâce à un faisceau de *fascia-lata* qui entoure la capsule en avant. Carrel conçoit une opération semblable. Les résultats meilleurs que dans les capsulorraphies simples ont été tout de même insuffisants.

2^o Suture de la brèche capsulaire. — Elle exige l'ouverture de l'articulation et a été seulement pratiquée, dans ces dernières années.

Tous les chirurgiens, qui ont fait cette arthrotomie, ont vu cette large brèche capsulaire qui semblait solliciter leur activité.

Plusieurs procédés ont été préconisés pour suturer la déchirure capsulaire, de dedans en dehors, de dehors en dedans (Blundell Bankart), suture au bourrelet intact. Tout cela paraissait parfait, mais les résultats heureux ont été de courte durée. M. Tavernier cite le cas de deux malades qui ont récidivé après quatre ans.

Logiques seulement en apparence, ces méthodes ne peuvent, à elles seules, assurer un succès définitif.

3^o Opérations musculaires.

a) *Réinsertions des muscles épineux.* — La lésion qui implique cette opération est exceptionnelle. Perthes, cependant, l'a rencontrée 6 fois sur 11 cas et a traité ses malades par l'enclouement. Les résultats ont été bons (sauf dans un cas de limitation de la rotation externe à 30 degrés). Le nombre des cas où cette méthode a été appliquée est insuffisant, pour connaître sa valeur absolue.

b) *Sections musculaires.* — Ces opérations consistent à sectionner le tendon du muscle dont la contraction causerait la récurrence. Spencer accuse le sous-scapulaire; Young, le grand pectoral et le grand dorsal.

Exécutées rarement, et, partant d'une idée un peu simpliste, les cas ont été suivis trop peu de temps pour qu'on puisse juger la valeur de cette intervention.

c) *Autoplasties.* — Type intervention Clairmont-

Erlich (1909), défendue en France par Mauclaire et Weiss ; à l'étranger, par Ollorenshaw, Durm, Platt. Son principe est le suivant : soutenir et maintenir la tête par un lambeau musculaire pris à la face postérieure du deltoïde et fixé, en avant, au sous-scapulaire. Si l'on prend l'ensemble des résultats, on a 6 récidives sur 16 cas.

Finsterer, de Vienne, modifie la technique de Clairmont, en substituant au lambeau deltoïdien postérieur, un lambeau taillé dans le court-biceps dédoublé, porté sous l'articulation, et suturé aux tendons du long-biceps et du sous-épineux. Sur les 7 cas opérés par cet auteur, Wustmann a vu plusieurs récidives.

Forster et Mandl, sur 10 cas, ne comptent que 5 succès durables.

4^o Opérations contre les déformations osseuses.

a) *Sur la glène.* — Hildebrandt, incriminant le manque de profondeur de la cavité glénoïde, remédie à cette déformation en creusant la glène à travers une incision postérieure.

Weistmann, sur 12 cas, connaît 7 succès seulement.

b) *La résection de la tête.* — Au point de vue historique (Cramer), c'est la première opération qui ait été appliquée aux luxations récidivantes, puis la capsulorrhaphie la fit laisser de côté.

Pourtant, Picqué l'utilisait volontiers et Th. Turner la considérait comme la ressource ultime, après

échec de la capsulorrhaphie. En effet, supprimant la tête humérale, elle empêche l'encoche ou le décentrement de la tête de jouer leur rôle dans la dilatation capsulaire. Mais c'est une intervention très mutilante qui, à une infirmité sérieuse, substitue une infirmité grave.

5° Arthrodèses et interventions limitant les mouvements de l'épaule, visent à empêcher les déplacements de la tête sans en rechercher la cause.

En 1879, Albert préconise l'arthrodèse, malgré les mouvements de suppléance de l'omoplate, une gêne fonctionnelle excessive est le résultat de cette intervention.

En 1921, Ewatt propose d'attacher la diaphyse humérale au bord externe de l'omoplate, mais on peut faire, à cette méthode, les mêmes reproches qu'à celle d'Albert.

6° Ténosuspensions dont le but est de fixer la tête à l'omoplate à l'aide d'un ligament artificiel qui permet cependant les mouvements normaux.

Joseph, en 1919, cherche à réaliser pour l'épaule un ligament analogue au ligament rond de la hanche.

Heymanovitch passe à travers la tête le tendon du long biceps. Toufich Nicolas reprend la même idée.

Schneiden, puis Loeffler, proposent des interventions extra-articulaires et creusent à travers la tête un tunnel où passe une bandelette de *fascia-lata*

fixée à l'acromion. Henderson remplace le *fascia-lata*, par le tendon du long péronier latéral.

Toutes ces techniques ont donné de bons résultats avec, pourtant, quelques récidives et dans d'autres cas, de la gêne fonctionnelle ou des douleurs persistantes.

Sur 40 opérés par la technique de Loeffler, Forster trouve 7 récidives ; sur 6 cas Wulfring a 4 guérisons, (2 malades souffrent un peu) et 2 échecs.

Il est à craindre qu'à l'épaule ces ténosuspensions aient le sort des ténodèses du pied en particulier, car, peu à peu, les ligaments se laissent distendre par un travail de traction élastique continu.

7^o Butées osseuses. — En 1918, Eden réalise la première en plaçant un greffon tibial au devant du col de l'omoplate avivé ; en 1922, 5 cas opérés étaient sans récidives (Perthes).

Kelloog Speed, de Chicago, perfore le bord antérieur de la glène et y plante un petit greffon tibial qui reste saillant hors de l'os. Trois cas, trop récents, ne peuvent être jugés, et d'ailleurs la longueur du greffon est difficile à fixer.

A la séance de la Société de Chirurgie de Paris, du 11 juillet 1923, M. Mauclaire présente deux malades.

Le premier avait deux luxations par an ; à l'examen radiographique, on retrouvait l'encoche et la déformation en hachette de Bazy. Opéré le 5 mai 1923. L'intervention comporte deux temps principaux : *a*) capsulorrhaphie cruciale ; *b*) mise en place de greffons ostéo-périostiques, à cheval sur la capsule

et la partie inférieure de la glène. Immobilisation, trois semaines.

Le deuxième malade, épileptique, qui avait eu plus de 100 luxations, avait subi, il y a sept ans, une capsulorrhaphie. M. Mauclore lui appliqua le même traitement qu'au malade précédent. Les deux résultats sont satisfaisants, et, à la réunion du XI^e Congrès d'Orthopédie, à Paris, le 11 octobre 1929, tout en reconnaissant la valeur de la méthode de Oudard, M. Mauclore continue à être très satisfait de sa technique.

CHAPITRE V

LA MÉTHODE D'LOUDARD ET SES RÉSULTATS

Les divers procédés que nous venons d'exposer se sont montrés peu satisfaisants ; les capsulorrhaphies n'assurent pas, d'une façon constante, la contention de la tête ; les myorrhaphies ont une valeur surtout théorique ; les ténosuspensions n'ont pas de résultats durables ; enfin, les fixations de la tête, devant être étroites, risquent d'entraver le libre jeu de l'articulation.

Il fallait trouver un moyen d'agir sur la tête humérale, tout en respectant la mécanique articulaire.

Les butées osseuses, qui, pour la hanche et la tibio-tarsienne avaient donné de bons résultats, furent alors proposées comme procédé opératoire dans le traitement de la luxation récidivante de l'épaule.

Les traitements étiologiques et pathogéniques s'effaçaient devant une thérapeutique palliative beaucoup plus efficace.

M. Oudard s'est rendu compte qu'il suffisait d'allonger l'apophyse coracoïde pour créer au devant

de l'articulation une butée suffisante capable d'empêcher les récidives.

Dans un article, paru dans le *Journal de Chirurgie*, de janvier 1924, M. Oudard fait part de sa première technique et des résultats obtenus chez cinq malades qu'il a opérés.

Première technique Oudard. — Cette technique de la greffe interposée, se propose à la fois d'agir sur la laxité capsulaire par une capsulorrhaphie, et sur la tête, par la création d'un butoir osseux prélevé sur le tibia

Après incision en L renversée, dont une branche est parallèle à la clavicule et 1 centimètre au-dessous ; l'autre, suivant l'interstice delto-pectoral, on sectionne le deltoïde à 1 centimètre de ses insertions claviculaires. Afin d'obtenir une découverte suffisante de l'articulation, il faut abaisser les deux muscles coraco-biceps et petit pectoral par la section du sommet de l'apophyse coracoïde. Puis, à 3 centimètres de son insertion humérale, section du sous-scapulaire (et de la capsule), suture en paletot des deux lambeaux (l'externe en dessous), ce qui amène un raccourcissement musculaire de 3 centimètres environ.

On prélève ensuite sur le tibia, un greffon de 4 centimètres de long, 3 centimètres de large, 1 centimètre d'épaisseur, que l'on interpose entre les deux fragments de l'apophyse coracoïde, on entoure l'ensemble de greffons ostéo-périostiques. Suture du deltoïde et des plans superficiels. Immobilisation

dans une écharpe de Mayor avec une bande plâtrée. On a ainsi constitué, au devant de l'articulation, un bloc osseux solide, comme le prouvent les examens cliniques et radiographiques. Si l'épaule opérée venait à subir un traumatisme violent capable de fracturer le greffon, après réduction de la luxation traumatique, on est en droit d'escompter la consolidation et la reconstitution du butoir. La section de l'apophyse coracoïde et la greffe interposée entraînent l'abaissement des insertions du coracobiceps et du petit pectoral ; mais il ne résulte de ce fait aucun inconvénient, et les muscles s'adaptent à leur nouvelle situation.

Par ce premier procédé de la greffe interposée, cinq malades ont été opérés et les observations communiquées par M. Oudard à M. le professeur Tavernier.

OBSERVATION I

C... Yvès, maître canonnier.

Première luxation le 14 janvier 1920, extra-coracoïdienne, à la suite d'une chute, réduction difficile.

Première récurrence sept mois après en plongeant, deuxième récurrence à la suite d'une position défectueuse pendant le sommeil : il s'est réveillé avec une luxation. Ensuite, neuf autres récurrences de plus en plus faciles.

A l'examen radiographique, déformation de la tête en hachette type Bazy.

Le 1^{er} juin 1921, intervention.

Mobilisation très prudente cinq semaines après.

Au 30 novembre 1928, pas de récurrence.

OBSERVATION II

B... Antoine. Entre à l'hôpital Sainte-Anne le 13 juillet 1922, pour luxation récidivante de l'épaule droite, trois récidives, toutes du type extra-coracoïdien. Le malade demande à être opéré.

Intervention le 26 août 1922. Sortie de l'hôpital deux mois après. En juillet 1923, la patient, revu par M. Oudard, n'a pas eu d'autre récidive, résultat parfait, mouvements normaux et indolores. Cet homme a repris du service actif.

OBSERVATION III

G... Vincent. Entré à l'hôpital le 8 août 1922, pour luxation récidivante de l'épaule.

Première luxation en juillet 1920, depuis, sept récidives. Opéré le 18 juin 1923. Suites troublées par une infection légère, qui amène l'élimination des greffons ostéo-périostiques. Après quatre mois, limitation de l'abduction de 45 degrés, les autres mouvements ont une amplitude normale.

OBSERVATION IV

C... René, matelot.

Première luxation en juin 1922.

Première récidive, dix minutes après.

Huit autres luxations à la suite d'efforts peu violents.

Intervention le 18 juin 1923. Suites très simples, tous les mouvements sont normaux, sauf l'élévation diminuée de 15 degrés.

OBSERVATION V

R... Georges, vingt-deux ans.

Première luxation à l'âge de dix-sept ans; depuis, quatre récidives. Aucune constatation clinique ni radiographique.

Intervention le 22 juin. Le 9 août, réaction locale, sans réaction articulaire, aboutissant à un abcès suivi de l'élimi-

nation des greffons. Malgré cela, le résultat à la sortie est satisfaisant, récupération fonctionnelle complète, le bras peut être élevé verticalement. Pas de récurrence.

En somme, sur 5 malades, 3 résultats parfaits, 2 moins bons, jamais de récurrence. Si on parcourt les lettres envoyées à M. Oudard et qu'il a eu l'extrême obligeance de nous communiquer, on y trouve une phrase qui vaut tous les commentaires : « Mon bras ne me fait souffrir d'aucune manière, il me rend les mêmes services qu'avant la luxation, je fais même la gymnastique sans la moindre douleur. »

A noter aussi que, pour les malades qui n'ont pas répondu, M. Oudard pense avec raison qu'ils doivent être exempts de récurrences car ils auraient fait une demande de pension pour aggravation qui lui aurait été transmise.

Bien que cette méthode ait donné les excellents résultats ci-dessus, au cours de l'année 1925, pour son sixième malade, M. Oudard modifie le procédé et le simplifie. Il donne d'ailleurs les raisons qui l'ont incité à ce changement : exécution longue, prise du greffon soumise aux aléas de toutes les greffes osseuses, mais toujours lente.

Pendant quatre ans, il expérimente sa nouvelle technique, et il publie les résultats récents dans la *Presse Médicale* du 13 février 1928.

Seconde technique Oudard. — Principe : allonger la coracoïde par dédoublement longitudinal et glissement des fragments.

L'intervention sera menée de la façon suivante :

Coussin sous l'épaule, bras allongé le long du corps en rotation externe.

1^{er} temps. — Incision en **L** renversée de l'interligne acromio-claviculaire, à l'interstice delto-pectoral, parallèle à la clavicule et à 1 centimètre au-dessous d'elle. L'autre branche de l'**L** suit l'interstice delto-pectoral (8 centimètres). Dégager l'interstice d'un coup de bistouri. Insinuer le doigt sous le deltoïde qu'il soulève. Section nette du deltoïde suivant l'incision cutanée, à 1 centimètre sous la clavicule. Le lambeau angulaire est érigé en dehors avec une pince tenette (fig. 1).

2^e temps. — Dédoublement de l'apophyse coracoïde. Dénuder la face supérieure et le bord antéro-interne de l'apophyse en respectant les insertions musculaires. Cette dénudation doit être faite au plus près au bistouri qui ménage la périoste.

Inciser le périoste de la face supérieure de l'apophyse, à fond, suivant la ligne oblique de section de l'os. Ecarter à la rugine les lèvres de cette incision d'un espace juste suffisant pour placer le perforateur et le tranchant du ciseau. On perfore de quatre trous l'apophyse de sa face supérieure à sa face inférieure dans son plan médian. Ces trous sont disposés de telle façon qu'il soit facile ensuite, en les réunissant à petits coups d'un ciseau étroit, de détacher un fragment de 4 centimètres de longueur environ comprenant le sommet et le bord interne de l'apophyse avec les insertions musculaires.

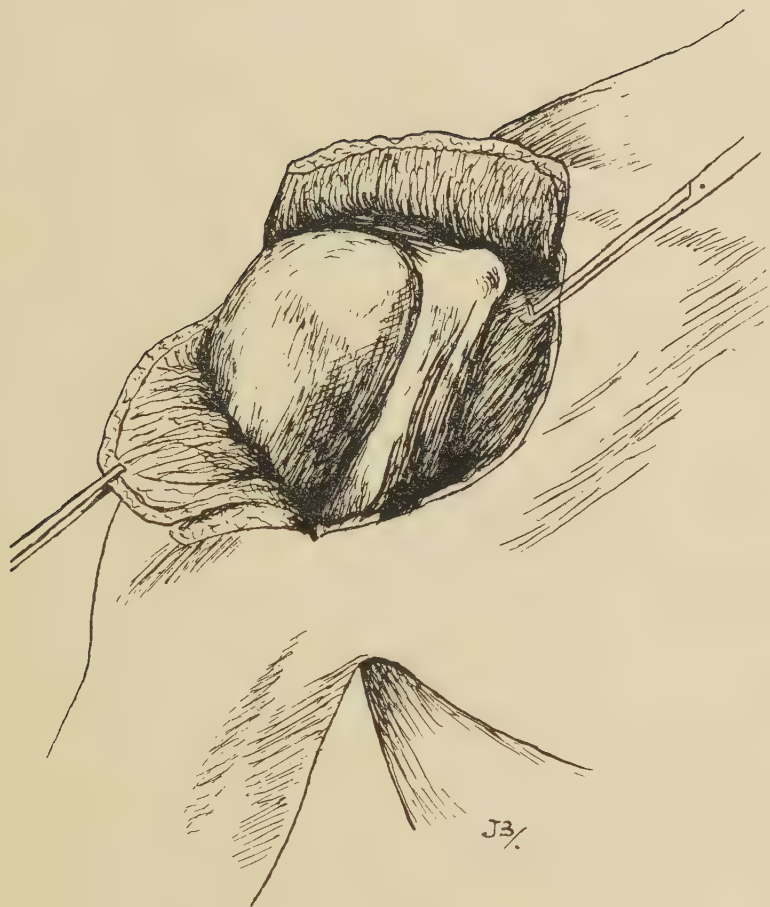


FIG. 1.

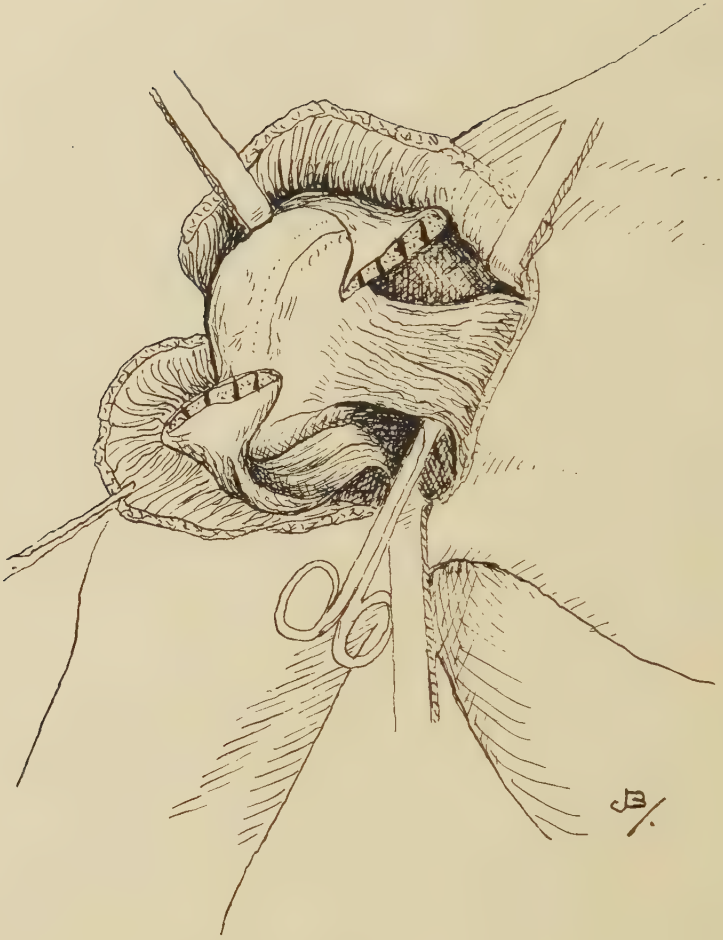


FIG. 2.

On rabat ce fragment avec le coraco-biceps et le petit pectoral, et on découvre ainsi largement le sous-scapulaire. On reconnaît le paquet vasculo-nerveux axillaire qu'on protège avec un écarteur.

3^e temps. — Diminuer un peu la rotation en dehors, pour relâcher le sous-scapulaire dont on libère les bords. Au voisinage de son insertion à la tête, sous le bord inférieur du muscle, on enfonce la pointe mousse des ciseaux droits fermés, suivant sa face profonde à travers le foramen ovale, pour ressortir au bord supérieur.

Section nette du sous-scapulaire à 3 centimètres de ses insertions, à la tête humérale : la section intéresse la capsule. On repère avec des pinces de Kocher les angles de chaque lambeau.

Suture en paletot. Premier rang de sutures : trois points en U, au fil resorbable, intraarticulaires, fixant le lambeau externe au-dessous du lambeau interne, et à 3 centimètres de l'extrémité de ce dernier. Deuxième rang de sutures, au fil de lin, pour fixer l'extrémité du lambeau interne au voisinage des insertions externes du muscle.

Le sous-scapulaire et la capsule sont ainsi raccourcis de 3 centimètres et renforcés (fig. 3 et 4).

4^e temps. — On remonte le fragment abaissé de l'apophyse coracoïde et on le fixe dans le prolongement de la partie restante de l'apophyse, avec chevauchement de 1 centimètre.

L'apophyse dédoublée a donc été allongée de 3 centimètres environ. Il est inutile de perforer les

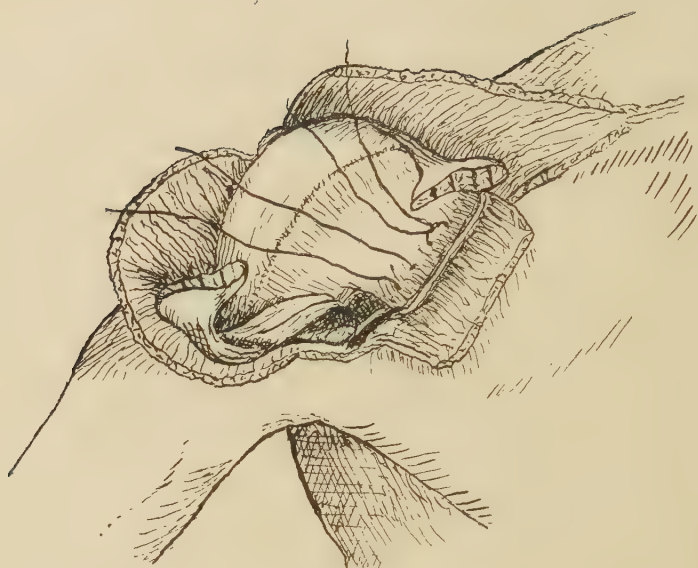


FIG. 3 et 4.

fragments osseux pour les unir. Il suffit de les affronter par un fil de cerclage (fig. 5).

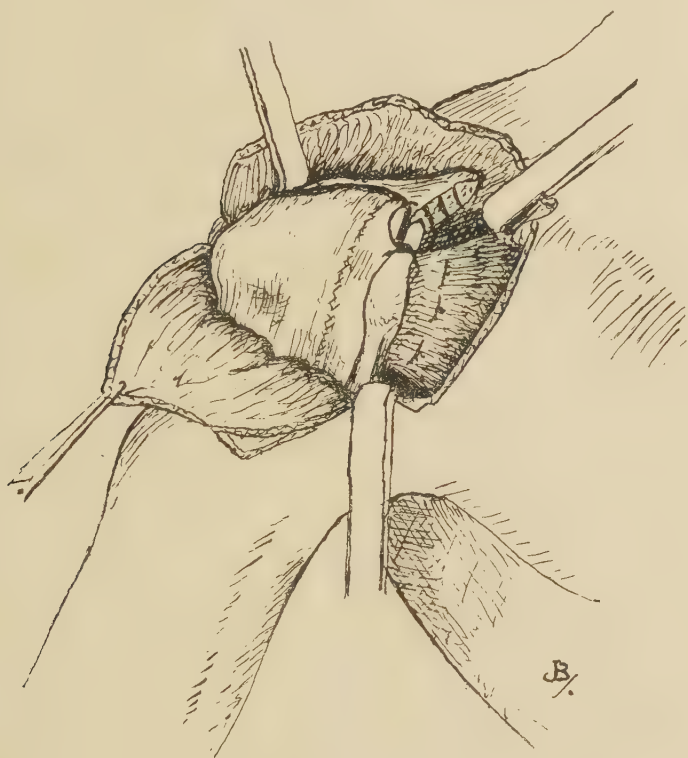


FIG. 5.

5^e temps. — Suture soignée du deltoïde. Suture des téguments. Pas de drainage.

Afin de permettre la consolidation de l'apophyse coracoïde, le membre supérieur est immobilisé, pendant une quinzaine de jours, au moyen d'une écharpe.

RÉSULTATS DE CETTE MÉTHODE.

Grâce à l'amabilité extrême de M. le professeur Tavernier qui a bien voulu nous communiquer le dossier que M. Oudard avait mis à sa disposition, grâce à M. le professeur Bérard qui nous a confié l'observation d'un malade qu'il a opéré, nous avons pu recueillir une vingtaine d'observations.

Les quatre premières ont été publiées par M. Oudard, à la séance de la Société de Chirurgie du 8 juillet 1925.

Nous allons donner, dans les pages qui vont suivre, le résumé de toutes ces observations en indiquant la date de l'intervention et du dernier examen. Dans quelques cas, en utilisant les lettres de M. Oudard, nous citerons l'opinion même des malades au sujet de l'intervention qu'ils ont subie.

OBSERVATION VI

O... Alexandre, opéré le 25 novembre 1925.

Pas de récurrence le 2 décembre 1928.

« Je fais tous les mouvements de l'épaule, j'ai, néanmoins, le bras un peu plus faible que l'autre, » écrit le malade à cette date.

OBSERVATION VII

Le P..., opéré le 10 mars 1924.

Au 30 novembre 1928, le P... écrit : « La luxation ne s'est pas reproduite. Pour les mouvements de l'épaule, j'ai une limitation de l'abduction..., je ne souffre pas et suis enchanté de votre opération... »

OBSERVATION VIII

G... Antoine, opéré le 10 septembre 1924.

Le 28 novembre, ce malade écrivait à M. Oudard : « Votre opération a réussi d'une façon parfaite, je ne souffre pas, la luxation ne s'est pas reproduite et je fais, comme par le passé, mon métier d'électricien..., je fais même quelques exercices de poids (20 kilog.) pour empêcher l'atrophie. »

OBSERVATION IX

(Malade présenté à la Société de Chirurgie le 13 octobre 1926.)

D... Raymond, opéré le 23 avril 1926.

Pas de récurrence, le 30 novembre 1928.

OBSERVATION X

B... Paul (cinq luxations de l'épaule droite). Opéré le 12 avril 1926.

Vu le 24 décembre 1928, pas de récurrence. Tous les mouvements sont possibles, force non diminuée, toujours au service actif, fatigabilité de ce bras.

OBSERVATION XI

G... Marcel (plusieurs luxations de l'épaule droite).

Opéré le 24 avril 1927. Actuellement maréchal-ferrant. Ne ressent de son épaule ni douleur, ni fatigue et s'en sert comme si elle était absolument normale.

OBSERVATION XII

U... Henri (trois luxations de l'épaule gauche).

Opéré le 13 mai 1927.

N'ai pu savoir ce qu'il est devenu.

OBSERVATION XIII

D... Pierre (trois luxations de l'épaule droite).

Opéré le 25 mai 1927.

Le 6 décembre 1928, ce malade écrivait à M. Oudard :
« La luxation ne s'est jamais reproduite, je puis faire tous les mouvements, sauf lever le bras verticalement. Je ne me suis jamais senti de rien.

OBSERVATION XIV

C. N... Guillaume.

Opéré le 5 septembre 1927.

Certainement pas de récurrence.

Actuellement fait campagne.

OBSERVATION XV

C... René.

Deux luxations de l'épaule gauche ; opéré le 25 septembre 1927, revu le 3 décembre 1928. Pas de récurrence, élévation intégrale du bras, diminution légère de la force, fait de la lutte et, malgré quelques accidents violents, rien n'a bougé.

OBSERVATION XVI

L... Georges.

Pour luxations de l'épaule gauche. Opéré en février 1928. Le 26 novembre 1928, pas de récurrence de l'épaule opérée.

Depuis, le malade s'est luxé l'épaule droite qui devient le siège de luxations récurrentes. L... réclame la même intervention qui est pratiquée le 25 février 1929. Le 25 juin, guérison parfaite sans limitation des mouvements.

OBSERVATION DE M. LENORMANT.

Le 11 janvier 1928, M. Lenormant présente à la Société de Chirurgie un malade qui eut sa première luxation après un traumatisme assez violent ; pendant dix-huit mois, il eut soixante récurrences.

A l'examen, on se trouve en présence d'une luxation antéro-interne, la tête présente la déformation en hachette.

Opéré le 16 juillet 1927, suivant la technique de Oudard, mais l'auteur complète la butée coracoïdienne par des

greffons ostéo-périostiques tout le long du bord de la cavité glénoïde.

Revu après six mois. Très bon résultat.

OBSERVATION DE M. LE PROFESSEUR BÉRARD.

(Société de Chirurgie de Lyon, 18 novembre 1926).

Le malade présenté à cette Société avait été opéré en janvier 1926 par le procédé Bazy-Oudard.

Homme de vingt-six ans, dont la première luxation remonte à sept ans. Les récidives d'abord espacées, deviennent de plus en plus fréquentes et rendent le travail impossible. A son entrée, on note une atrophie notable de sa musculature scapulaire ; à la radio, la tête paraît plus élevée et en rotation externe, la surface cartilagineuse regarde anormalement en haut et en dedans.

Opération suivant technique Oudard. Suites opératoires normales.

Revu en novembre de la même année, pas de récurrence. Résultat fonctionnel excellent.

M. le professeur Bérard, à la suite de cette observation, fait les commentaires suivants :

« L'incision de Bazy est la meilleure étant celle qui donne le plus de jour pour l'intervention. Quant à l'opération proprement dite, deux points de technique sont délicats : d'abord, la suture en palette du sous-scapulaire, ensuite le dédoublement de l'apophyse coracoïde étant donnés, le faible volume de l'os et sa constitution spongieuse.

OBSERVATION DE M. LE PROFESSEUR TAVERNIER.

M. le professeur agrégé Tavernier, qui a été notre conseiller dans l'élaboration de cette thèse, eut l'occasion d'essayer deux procédés opératoires. Sur quatre malades il pratiqua la

suture de la brèche capsulaire antérieure, mais il observa par la suite deux récidives (un malade avait été opéré primitivement par M. Santy).

C'est alors qu'il essaya la méthode d'Oudard dont il est devenu un zélé défenseur.

M. le professeur Tavernier a été chargé de présenter un rapport sur « les luxations récidivantes de l'épaule », à la XI^e Réunion annuelle de la Société d'Orthopédie, le 11 octobre 1929. Son opinion sur la méthode d'Oudard est la suivante : « de toutes les interventions, c'est la seule qui ait guéri sans récidive tous les malades auxquels on l'a appliquée. »

OBSERVATION DE M. LE D^r MICHEL (de Bonn).

Cavalier L..., 19^e dragons.

Première luxation en octobre 1925.

Quatre récidives en un mois et demi.

Opéré le 25 novembre 1925.

En avril 1926 guérison opératoire parfaite. Tous les mouvements sont conservés avec leur amplitude normale. A la radiographie on voit nettement l'apophyse coracoïde allongée et débordant légèrement le bord supérieur de la glène.

L... est maintenu service armé.

OBSERVATION DE M. LAFARGUE ET DIJONNEAU.

(Extrait du *Bulletin Médical de Bordeaux*, mars 1929).

M^{lle} C...

Première luxation, fin octobre 1926, après une chute.

Première récidive en août 1927, nouvelle chute. Réduction facile.

Deuxième récidive, 15 novembre 1927, à la suite d'un mouvement de rotation externe forcée de la tête humérale.

Troisième récidive, le 12 février 1928, réduite par la malade elle-même.

Quatrième récurrence, en juin 1926, au cours d'un traitement par le massage et l'électrisation faradique.

Cinquième récurrence, au cours d'un examen médical.

Opérée par la méthode d'Oudard. Huit mois après l'intervention, la malade n'avait pas eu de récurrence.

De plus, la technique d'Oudard a été employée par M. Malartic, de Toulon, pour un cas de luxation ancienne non réduite.

Opéré quatre mois après son accident, le 14 mars 1928 (le malade présentait une déformation de la tête typique).

Le 2 mars 1929, il exerçait son métier de carrier sans aucune atrophie, sans limitation des mouvements.

OBSERVATION DE O. LAMBRET (de Lille).

(Société de Chirurgie de Paris, 11 juillet 1926).

Au sujet de la technique d'Oudard, M. Lambret fait les restrictions suivantes : l'apophyse allongée lui paraît grêle pour y remédier, il place un greffon dans le vide causé par la descente du fragment interne ; de plus, il place un greffon suivant la technique de Lenormant. Il a opéré un malade et a obtenu un résultat parfait.

Est-ce à dire que la méthode d'Oudard constitue le procédé opératoire définitif dans le traitement de la luxation récidivante de l'épaule ? M. le professeur Tavernier ne le pense pas. Malgré l'excellence des résultats, il ne faut pas oublier que M. Oudard a déjà donné deux procédés : le premier, donnant une butée supérieure à celle que l'on obtient par le second, mais la question de la « prise » du greffon

tibial, et la menace de son élimination peuvent être considérés comme de légères imperfections de sa première méthode.

D'autre part, M. Mauclair se trouve très satisfait de ses greffes préglénoïdiennes ; un autre auteur a essayé de placer un greffon devant la portion antéro-inférieure de la capsule, en s'aidant des muscles coraco-biceps et petit pectoral.

Toutefois, le mérite de M. Oudard reste entier, puisque c'est lui qui, le premier, émit l'idée de « butée osseuse préglénoïdienne » et qui trouva une méthode dont les résultats excellents n'avaient jamais été obtenus par les techniques antérieures.

CONCLUSIONS

Si nous voulons envisager d'une façon plus synthétique les résultats de la méthode de M. Oudard, sans aucune discussion, il sera facile de prouver que, mieux qu'aucun autre procédé antérieur, la technique Oudard est arrivée à la cure presque parfaite de la luxation récidivante de l'épaule.

D'autre part, les premiers opérés ont été traités en 1921 et 1922 ; nous avons pour cela tout le recul de temps nécessaire pour apprécier, à longue échéance, les effets de l'intervention.

Pour savoir ce que donne cette technique opératoire, nous pouvons envisager les résultats à deux points de vue : clinique et radiographique.

1^o Au point de vue clinique :

a) *A l'examen* des malades on sent — si l'embompoint du sujet le permet — dans la région coracoïdienne, un bloc ostéo-fibreux qui semble être la butée contre laquelle vient s'appuyer la tête.

b) *Au point de vue de la reproduction de la luxation.* — Résultat parfait, puisque dans toutes les

observations que nous avons pu recueillir, il n'y a jamais eu de récédive, et nous avons un résultat datant de huit ans, deux de six ans, deux de cinq ans, etc.

c) *Au point de vue fonctionnel* on note :

Une limitation des mouvements :

D'abduction. Obs. VII.

D'élévation. Obs. XIII.

Une diminution de la force :

Obs. VI.

Obs. XV.

De la fatigabilité du membre :

Obs. X.

Des phénomènes douloureux :

Obs. I (1^{er} procédé).

Mais, il faut bien remarquer que tous ces phénomènes sont peu marqués et que tous les malades traités ont pu reprendre leurs occupations. De plus, l'impression qu'on éprouve en lisant les lettres reçues par M. Oudard, c'est que pas un malade n'a regretté de s'être confié au chirurgien ; on a même l'exemple (Observation XVI) d'un malade opéré pour l'épaule gauche qui a demandé la même intervention pour l'épaule droite.

2^o Au point de vue radiographique. Les divers auteurs qui ont essayé cette technique et qui ont fait un examen radiographique des malades qu'ils ont opéré, ont tous noté : à la radio on voit

une ombre floue qui prolonge en dehors l'apophyse coracoïde et qui paraît être la butée osseuse où vient s'appuyer la tête quand elle a tendance à se relâcher.

La question du traitement opératoire de la luxation récidivante de l'épaule est importante au point de vue social, parce que :

1^o La luxation récidivante de l'épaule est une infirmité grave pour les malades qui sont obligés de se livrer à des travaux pénibles. Les récides offrent ce caractère qu'elles deviennent de plus en plus faciles et pour ainsi dire spontanées. La menace de la récurrence fait perdre au malade toute confiance, et devient une source de préoccupations qui peut influencer son moral.

Imbert, Oddo et Chavernac, dans leur *Traité sur les accidents du travail*, citent le cas d'un malade soigné par des injections de chlorure de zinc qui se suicida de désespoir à la suite d'une nouvelle récurrence.

2^o La luxation récidivante de l'épaule se rencontre fréquemment chez les sportifs, les footballeurs en particulier. Il importe d'assurer, à une époque où l'éducation physique se répand de plus en plus, à des hommes jeunes, le retour à une capacité fonctionnelle parfaite. Ce travail pourrait dans ce sens servir de pendant à la thèse de mon aîné, le D^r Chappoux, sur les lésions méniscales du genou chez les joueurs de football.

3^o Enfin le traitement de la luxation récidivante

vante de l'épaule, découvert par M. Oudard, complète les découvertes de Bazy et les recherches de Grégoire sur les malformations anatomique et histologique de la tête humérale. De sorte que la pathogénie et la thérapeutique de cette affection sont des découvertes purement françaises dont peuvent s'enorgueillir nos sciences orthopédique et chirurgicale.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.

Vu :

L BÉRARD.

POUR LE DOYEN,

L'ASSESEUR,

D^r ÉTIENNE ROLLET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 octobre 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

J. GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIBERT (Jacques), Thèse de Paris, 1920 (Bibliothèque, Université, Lyon, 137.047, 1/6).
- BAZY (Louis), *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 11 déc. 1918 ; 1919, XLV, p. 6, janv. 1922.
- BEGLER, Thèse de Nancy, 1913.
- BENNET, *Arch. of. Surgery*, 13 nov. 1926, p. 655.
- BÉRARD, *Société de Chirurgie de Lyon*, nov. 1926.
- BLUNDELL-BANCHART, *The British Medical Journal*, 1^{er} déc. 1923.
- CARRELL, *The Journal of the american medical association*, sept. 1927, p. 948.
- CHAVANNAZ et CHENUT, *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 20 oct. 1922.
- CUNÉO et ROUVILLOIS, XXI^e Congrès de Chirurgie, oct. 1922.
- DÉROCQUE, *Gazette des Hôpitaux*, n^o 14, 27 déc. 1924.
- EWAT, Dublin, *Journal of Medical Science*, n^o 14, 1921.
- FINSTERER, Wiener, *Medizinische Wochenschrift*, n^o 14, 7 juin 1924.
- FOURMESTREAUX (DE), *Archives médico-chirurgicales de Province*, janv. 1920.
- GRÉGOIRE, *Revue d'Orthopédie*, n^o 1, 1913.
- HENDERSON, *Surgery Gynecology and Obstetrics*, juil. 1926.
- HEYMANOVITCH, *Zentralblatt für Chirurgie*, mars 1927.
- HOFMANN, Cologne, *Zentralblatt für Chirurgie*, 8 mars 1924.
- IMBERT, *Guide pour l'évaluation des Incapacités*, Masson, 1913.
- KELLER, *Annals of Surgery*, janv. 1925, p. 143.
- KELLOG SPEED, Chicago, *Surgery Gynecology and Obstetrics*, août 1927, p. 468.
- KONIG, *Zentralblatt für Chirurgie*, 8 mai 1926.

- LAFARGUE et DIJONNEAU,
LAMBRET, Lille, *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*,
n° 25, 21 juil. 1928.
LARALMET, *Bull. de la Société de Chirurgie*, 11 juil. 1928.
LEGUEU et WALTHER, *Bull. de la Société de Chirurgie de Paris*,
14 juin 1905.
LENORMANT, *Bull. de la Société de Chirurgie*, 21 janv. 1928 ;
Presse Médicale, 18 février 1928.
LOEFFLER, Halle, *Zentralblatt für Chirurgie*, t. XLVII, 1920,
p. 324.
LOGEN, *Brun's Beiträge zur klinischen chirurgie*, t. CXXXVIII,
fasc. 3, 1926.
OUDARD, *Journal de Chirurgie*, janv. 1924; *Société de Chirurgie
de Paris*, 8 juil. 1925 ; 13 oct. 1926 ; *Presse Médicale*,
15 fév. 1928.
PARODY, *Revista medical del Rosario*, n° 8, oct. 1926.
PERTHES, *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, t. CXCIV.
PICQUÉ, *Bull. Société de Chirurgie de Paris*, 7 juin 1905.
PLUMMER (W.-W.) and POTTS, F. N., *Journal Bone and joint
Surgery*, janv. 1925.
RICARD, *Bull. de l'Académie de Médecine*, 3 avr. 1894.
ROUVIÈRE, *Bull. de l'Académie de Médecine*, 29 mai 1928.
SANDES, *British Medical Journal*, 27 août 1921.
TAVERNIER, *Revue d'Orthopédie*, 1921, p. 275 ; XI^e Congrès
d'Orthopédie, 11 oct. 1929.
TURNER (Th.), *Surgery Gynecology and Obstetrics*, n° 4, 1921 ;
The Journal of the american medical association, 17 oct.
1925.
WALTHER, *Bull. Société de Chirurgie de Paris*, 9 janv. 1918.
WÜLFRING, *Zentralblatt für Chirurgie*, t. LII, 26 juin 1926.

